Data: _____ Preenchimento on-line, outro _____

Hallmark Health

Pesquisa de Saúde Comunitária

Sua opinião é muito importante para que possamos planejar futuros programas que melhor atendam às suas necessidades. Os dados pessoais fornecidos serão mantidos em sigilo.

Idade: _____ **Cidade/município em que reside:** _____ **Número de pessoas no seu domicílio:** _____

Você tem um clínico geral? Sim Não **Precisa de ajuda para escolher um médico?** Sim Não

Onde você recebe normalmente serviços de saúde? _____**Serviços de emergência?** _____

Há algum motivo para você ou a sua família não procurarem assistência médica? Assinale, com um círculo, todas as alternativas que se aplicam.

Não ter seguro de saúde Copagamentos altos Dívida por serviços médicos Invalidez Transporte
Dificuldade em compreender o idioma falado Horários de funcionamento Outros _____

Quais são seus três principais problemas em relação à saúde? _____

O que a Hallmark Health poderia fazer para ajudar você ou sua família a receber melhor assistência médica?
_____

Gostaria de fazer alguma observação? _____

Assinale, com um círculo, todas as alternativas que se aplicam.

Qual é o seu grupo étnico?
Hispânico
Não hispânico

Qual é o seu sexo?
Masculino
Feminino

Qual é a sua faixa de renda?
0 a US$ 25.000
US$ 26.000 a US$ 35.000
US$ 35.000 a US$ 50.000
US$ 50.000 a US$ 70.000
US$ 70.000 +

Quais os idiomas você fala em casa?
Inglês
Espanhol
Português
Vietnamita
Italiano
Crioulo haitiano
Cantonês
Mandarim
Outro: _____

Qual é a sua raça?
Índio americano
Asiático
Negro
Nativo americano ou das Ilhas do Pacífico
Branco
Outra

Qual é o seu nível de escolaridade?
_____

Como você classificaria o seu estado de saúde atual?
Excelente Regular
Bom Ruim

Dados opcionais

Nome: _____

Endereço: _____ **Telefone:** _____

Por gentileza, devolva preenchido para Hallmark Health Community Services

239 Commercial Street, Malden, MA 02148 (781) 338-7552

Agradecemos a sua participação!